

Consentimiento informado para el estudio de alergia a medicamentos

Paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN

- * El estudio de alergia a medicamentos consistirá en la realización de pruebas cutáneas y pruebas de tolerancia, además de los estudios de laboratorio disponibles que precise.
- * La **prueba de tolerancia** consiste en la administración de cantidades progresivamente crecientes del fármaco para constatar que no se producen los síntomas que el paciente atribuye a la administración del mismo.
- * Estas pruebas no están exentas de riesgo: raramente pueden aparecer complicaciones menores, pero excepcionalmente pueden ser graves hasta el punto de comprometer la vida.
- * Las pruebas serán realizadas por un equipo técnico y personal sanitario especializado en las mismas, estando usted protegido continuamente por asistencia médica adecuada.
- * Una vez finalizado el estudio, la tolerancia a un determinado medicamento no quiere decir que en un futuro más o menos lejano no pueda sensibilizarse al mismo.
- * Debe saber que en determinadas enfermedades pueden utilizarse fármacos alternativos.

Declaraciones y firmas

Declaro que:

- * He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- * Estoy satisfecho con la información recibida; he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, siendo aclaradas todas mis dudas.
- * En consecuencia presto voluntariamente mi consentimiento para la realización del estudio, pudiendo, no obstante, revocarlo en cualquier momento.
- * En caso de no aceptar el estudio, se me deberá suspender el medicamento sospechoso y aquellos pertenecientes a la misma familia farmacológica para evitar reacciones cruzadas, procediendo en este caso a darme medicación alternativa.

Firma del paciente (o representante legal)

D.N.I.:

D. _____

Firma del médico

Nº de Colegiado:

Dr./a: _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En ____ de ____ de ____ a ____ de ____ de ____

Firma del paciente (o representante legal)

D.N.I.:

Firma del médico

Nº de Colegiado: